

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir sind zu einer lückenlosen Dokumentation Ihrer Behandlung gesetzlich verpflichtet. Die Verarbeitung Ihrer Daten und Datenübermittlungen an Personen und Stellen außerhalb des MVZ erfolgen ebenfalls im Rahmen gesetzlicher Verpflichtungen. Alle übrigen Datenübermittlungen dienen dazu, Sie medizinisch bestmöglich zu versorgen und bedürfen ggf. Ihrer schriftlichen Einwilligung. Um diese bitten wir Sie hiermit und informieren Sie darüber umfassend in der Datenschutzerklärung des MVZ.

Nr. Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie uns zu folgenden Punkten Ihr Einverständnis:	
1.	Ich bin mit der Erstellung von Bildern zu Behandlungszwecken (sofern notwendig) einverstanden.
2.	Ich gestatte die Weiterleitung meiner Daten an einen externen Dienstleister zu Abrechnungs- und/oder Abtretungszwecken

	JA	NEIN
⇒ Ich erteile hiermit meine Einwilligung zu ALLEN nachgenannten Punkten 3. – 9.		

Nr.	Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie uns zu den angekreuzten Punkten Ihr Einverständnis	JA	NEIN
3.	Ich gestatte die Behandlungsdatenübermittlung an bekanntgegebenen Hausarzt/Überweiser		
4.	Ich gestatte die Einsichtnahme in Behandlungsdaten bei bekanntgegebenem Hausarzt/Überweiser bzw. bei dem/der Vorbehandler/in:		
5.	Ich gestatte die Übernahme aller Stamm-/Behandlungsdaten aus der Praxis von (Name/Adresse)		
6.	Ich gestatte die Weiterleitung von Daten an den bekanntgegebenen privaten Kostenträger		
7.	Ich entbinde den Kostenträger/Sozialleistungsträger von seiner Schweigepflicht gegenüber dem MVZ		
8.	Ich gestatte Auskünfte über Befunde und Behandlungen an die benannten Vertrauenspersonen: Name:		
9.	Ich erlaube die Nutzung meiner privaten eMail-Adresse zu organisatorischen Zwecken:		
10.	Ich erteile die Erlaubnis zur Weiterleitung von Rezepten an die von mir benannte Apotheke oder folgende Empfänger: Apotheke: Person:		

Wir weisen darauf hin, dass wir unseren Behandlungsauftrag Ihnen gegenüber nur erfüllen können, wenn Sie hiermit Ihr Einverständnis geben.

Ich/Wir erkläre/n mich/uns hiermit widerruflich¹⁾ nach Maßgabe der vorstehenden Erklärungen¹⁾ mit den Bedingungen der Datenschutzerklärung des MVZ einverstanden.

Hannover, den _____

Name, Vorname und Unterschrift Patient/in

Name, Vorname, Anschrift und Unterschrift 1. gesetzlicher Vertreter²⁾

Name, Vorname, Anschrift und Unterschrift 2. gesetzlicher Vertreter²⁾

1) Widerrufserklärungen bitte schriftlich an:
Medizinisches Versorgungszentrum Calenberger-Neustadt GmbH, Calenberger Esplanade 1, 30169 Hannover
2) Gesetzliche Vertreter handeln als Vertreter mit Vertretungsvollmacht i.S. d. § 164 BGB